

CVU Lillebælt

Sundhedsfaglig diplomuddannelse: Rehabilitering og habilitering

Diplommodul: Rehabilitering og habilitering af en given brugergruppe: Børn, modul 1

Hold: 679

Efterår 2006

Samarbejde med forældre i krise en spændende udfordring

-modulopgave om hvad der er særlig vigtigt, for at samarbejdet med forældre der har et barn med funktionsevnededsættelse og fysioterapeuten kan fungere optimalt

Modulopgave udarbejdet af: Lene Bruun

Problembaggrund udarbejdet i samarbejde med:

Vejleder: Finn Marlet

Problembaggrund antal anslag: 6286

Analysedel antal anslag: 11926

Opgaven må udlånes

Indholdsfortegnelse

1.0 Problembaggrund.....	3
2.0 Problemformulering.....	6
2.1 Metode og begrundelse for valg af teori.....	6
3.0 Analyse.....	7
3.1 Krisens indflydelse på forældrenes evne og mulighed til at indgå i samarbejdet.....	7
3.2 Oplevelsen af sammenhæng og betydningen for samarbejdet med forældrene.....	8
3.3 Oplevelsen af sammenhæng og mestring.....	9
3.4 Vurdering af teoriernes anvendelighed.....	10
4.0 Konklusion.....	10
5.0 Perspektivering.....	11

1.0 Problembaggrund

I vores hverdag som fysioterapeuter der arbejder med børn, møder vi forældre, som er forskellige og som stiller forskellige krav til os. Dette har betydning for det samarbejde vi har med dem.

Psykolog Leif Nord skriver følgende:

”vi skal udvikle evnen til at lytte til forældrene og analysere, hvad den enkelte familie har behov for i situationen....i fællesskab skal vi nå frem til, hvordan indsatsen tilrettelægges, så det giver det bedste resultat.”(Nord, 2001)

I praksis er det vores oplevelse, at forældresamarbejdet ind i mellem lykkes, men også at det kan være vanskeligt. Vi kan møde en familie med anden etnisk baggrund, hvor der kan være sproglige såvel som kulturelle forskelle. Vi kan møde forældre der sværger til alternative behandlingsprincipper og ikke tror på, at vi som repræsentanter for det etablerede sundhedssystem har noget at byde på. Vi møder nogle gange forældre, som er i krise fordi deres barn er nydiagnosticeret eller fordi der sker skift i barnets tilværelse og vi møder forældre, der selv vælger at varetage al indsats omkring deres barn og bruger rigtig mange ressourcer på det både i forhold til tid og penge.

I det følgende gives et praksiseksempel på et vanskeligt forældresamarbejde:

Et barn med anden etnisk baggrund henvises til fysioterapeuten på et sygehus. Den nyfødte pige har et sjældent syndrom og forældrene skal vejledes i at lave øvelser med deres barn. Moderen taler ikke dansk, så der er koblet tolk på, når fysioterapeuten og forældrene skal mødes. Forældrene opleves som ærbødige over for fysioterapeuten, stiller ikke spørgsmål, men kigger gerne på og prøver at gøre de viste øvelser. Det er uklart for fysioterapeuten om moderen vil lave øvelserne med barnet, når de kommer hjem. Fysioterapeuten forlader familien med en fornemmelse, at familien ”bare ikke var med!”. Vi kan ikke vide hvordan forældrene oplevede samarbejdet. Det vil kræve mere dialog og en afklaring af forventningerne til samarbejdet.

I mødet med forældre til børn med funktionsevnededsættelser kan vi opleve, at vores holdninger og værdier stemmer overens med forældrenes. Vi kan også have en fornemmelse af, at der er divergens når f.eks. forældrenes sundhedsbegreb ligger tæt op ad det alternative sundhedsbegreb eller som i eksemplet ovenfor.

Lektor Beth Elverdam, fra Syddansk Universitet (2003: 34) skriver om flere sundhedsbegreber. Den enkelte familie har et sundhedsbegreb og de har holdninger og værdier der giver mening for dem i

relation til det liv familien lever, med de muligheder og betingelser der er til stede for den enkelte familie. Et af de sundhedsbegreber Elverdam nævner er det dynamiske sundhedsbegreb. Det er bestemt af de sammenhænge familien lever i og sammensat af flere faktorer. Elverdam har tre udsagn indenfor det dynamiske sundhedsbegreb: ”sundhed er det gode liv”, ”det er sammenhængen mellem det fysiske, psykiske og åndelige” og det er ”trivsel både individuelt og i familien” (Elverdam, 2003: 35). Dette betyder, at sundhed handler om at have det godt i alle livets forhold, og ikke kun fravær af sygdom, som der er udtrykt i det biomedicinske sundhedsbegreb (ibid: 38, 39). Som fysioterapeuter, kan vi ikke sige os fri for at være påvirket af et biomedicinsk sundhedsbegreb. Men vi har også hver vores eget individuelle sundhedsbegreb, hvor fokus er på ”det gode liv”.

Udover at vi mødes af forskellige krav fra forskellige forældre, er der på vores arbejdspladser på specialskole, på sygehus og i kommunalt regi love, anbefalinger og værdigrundlag. Disse er med til at udstikke rammerne for det samarbejde, vi forventes at have med forældrene. Vi er underlagt hhv. folkeskoleloven, sundhedsloven og lov om social service. F.eks. står der i folkeskoleloven:

”folkeskolens opgave er i samarbejde med forældrene at fremme elevernes tilegnelse af kundskaber, færdigheder, arbejdsmetoder og udtryksformer, der medvirker til den enkelte elevs alsidige personlige udvikling” (Bekendtgørelse af lov om folkeskolen: Kap.1, §1)

Amtsrådsforeningen har sammen med aktører i det danske sundhedsvæsen givet 20 anbefalinger indenfor kommunikation, medinddragelse og kontinuitet i forbindelse med patientens møde med sundhedsvæsenet. På området kommunikation anbefales det bl.a:

”at en afdeling udvikler og fremmer en kultur, hvor sundhedspersonalet har færdigheder og vilje til at sætte sig ind i patientens værdier, følelser, holdninger og tankegang” (Patientens møde med Sundhedsvæsenet 2003: 39-53).

Ud fra disse citater er det således tydeligt, at vi i vores forskellige ansættelsesforhold, er forpligtet til at samarbejde med forældrene.

I undersøgelser fra praksis tyder det på, at samarbejdet med forældrene er en vigtig faktor for forældrenes oplevelse af tilfredshed med interventionen (Rosenbaum, 2004: 29). Derudover er fysioterapeutisk intervention bedre, når målsætningen er funktionel og opstillet sammen med forældrene, end når målet er opstillet af fysioterapeuten og fokus i interventionen er på kropsniveau (Ketelaar et al. 2001).

Peter Rosenbaum, professor i pædiatri, interesserer sig for en praksis, hvor familien er i centrum. Han skriver i en artikel om børn med Cerebral Parese, at man i USA har udviklet principper og handlemuligheder som tilsammen kaldes ”Family-centred service” . Hovedprincipperne er, at samarbejdet mellem familien og de professionelle, f.eks. fysio- og ergoterapeuter, er ligeværdigt. Forældrene er eksperter på barnets og familiens liv og de professionelle er eksperter indenfor hver deres fagområde (Rosenbaum 2004: 22–24)

Vores personlige holdninger til forældresamarbejdet er i tråd med Rosenbaum. Derfor bør vi indgå i et ligeværdigt samarbejde, hvor både vi som fysioterapeuter og forældrene er aktive deltagere.

Det ligeværdige samarbejde er en gennemgående rød tråd i det anbefalede rehabiliteringsbegreb fra bogen ”Rehabilitering i Danmark”. I arbejdet med børn er det barnet og familien der er de centrale personer i rehabiliteringsprocessen, som bør foregå i et ligeværdigt samarbejde med gensidig respekt og accept af forskellighed. En rehabiliteringsproces kan foregå overalt, på sygehuset, i hjemmet, i børnehaven eller på en specialskole. Forskellige faggrupper kan være involveret, og der skal sikres en helhedsorienteret indsats (Rehabilitering i Danmark, 2004).

Fysioterapeut V.E. Torp – Pedersen skriver i sin masterafhandling i rehabilitering at:

”Personalet bør udvise en professionel holdning, hvor empati og respekt er centrale elementer i den personlige kontakt med forældrene, da det er meget væsentlige faktorer for en vellykket rehabiliteringsproces og er en forudsætning for personalets indsigt i familiens behov. Familiens behov bør styre processen” (Torp-Pedersen, 2005: 42 – 45).

De emner vi har været inde på i problembaggrunden har stor betydning for vores daglige arbejde, især når vi oplever at samarbejdet med forældrene er svært men også udfordrende. Det er derfor relevant for os at kigge nærmere på forskellige aspekter i forhold til forældresamarbejdet.

Med forældresamarbejde forstår vi den dialog vi har med forældre, i form af direkte møder, telefonsamtaler, løs snak og kommunikation på skrift, alt sammen i forhold til at fremme barnets udvikling og mulighed for det gode liv.

Ovenstående leder os frem til at have fokus på **hvordan vi som fysioterapeuter kan være med til at skabe gode og nødvendige forudsætninger for forældresamarbejde.**

2.0 Problemformulering

Jeg arbejder med 0 – 6 årige børn og deres forældre. Den største del af mit arbejde er med børn, som har en diagnose, det drejer sig oftest om børn med Cerebral Parese, Downs syndrom, muskelsvinddiagnoser og børn med generel retardering. Jeg møder ofte familier, hvor det er nyt for dem, at deres barn har en funktionsevnededsættelse. Jeg oplever, der er mange udfordringer i samarbejdet med disse familier. Jeg vil gerne blive klogere på, hvordan jeg som fysioterapeut, kan være med til at fremme et godt samarbejde med forældrene. Målet er at samarbejdet med forældrene bliver en proces, hvor begge parter kan lære noget og blive klogere på hinanden. Dette leder mig frem til følgende problemformulering:

- Kan man ud fra kriseteori og Antonovskys teori om oplevelsen af sammenhæng give nogle bud på, hvad der er særlig vigtigt, for at samarbejdet med forældrene fungerer optimalt?

2.1 Metode og begrundelse for valg af teori

Jeg vil først med en kriseteoretisk indgangsvinkel undersøge, hvad der er vigtigt i forhold til at samarbejde med forældrene. Dernæst vil jeg med teorien om oplevelsen af sammenhæng undersøge, hvad der er vigtigt i forhold til at samarbejde med forældrene.

Jeg vælger at anvende kriseteori, der er en fasemodel. Den siger noget om hvordan mennesker reagerer, når de kommer ud for hændelser i deres liv, hvor deres tidligere erfaringer ikke er tilstrækkelige til, at de kan forstå og beherske situationen (Cullberg, 1981:16). De forældre jeg arbejder med oplever ofte at stå i sådanne situationer. Psykolog Garry Hornby mener det er problematisk at anvende en fasemodel, fordi det forældrene oplever handler om en sorg der i et eller andet omfang altid vil være til stede, derfor er det ikke tilstrækkeligt at anvende en model med klart definerede stadier (Hornby, 2002: 33). Dette stemmer overens med mine erfaringer fra praksis, derfor vælger jeg at supplere med viden fra børnepsykiater Berit Lagerheims arbejde. Hun har samlet omfattende empirisk materiale fra sit mangeårige virke i den svenske ”habiliteringstjenesten”, hun tager også afsæt i Cullbergs kriseteori.

Grunden til at jeg anvender Antonovskys teori om oplevelsen af sammenhæng er, at den med et andet perspektiv giver et bud på, hvordan mennesker håndterer at stå i situationer de ikke umiddelbart har tilgængelige handlemuligheder på (Jensen, 2000: 87). Det giver mulighed for at vurdere de to teorier i forhold til hinanden.

3.0 Analyse

3.1 Krisens indflydelse på forældrenes evne til og mulighed for at indgå i samarbejdet

Psykoanalytiker Johan Cullberg beskriver krisen som inddelt i fire faser. Teorigrundlaget for Cullbergs arbejde er hentet i udviklingspsykologien (Cullberg, 1981: 19-21).

Den første fase er chokfasen, dernæst følger reaktionsfasen, bearbejdningsfasen og nyorienteringsfasen (Cullberg, 1981: 152 – 165). For forældre til et barn med funktionsevnededsættelse kan det der udløser krisen, være når diagnosen stilles, komplikationer kan støde til o.lign. Chockfasen glider over i reaktionsfasen. Det går i denne fase op for forældrene at deres barn har et handicap. Forældrene kan være fyldt med mange forskellige følelser. Følelser som kan påvirke forældrenes selvværd i negativ retning bl.a. nederlagsfølelse, skyldfølelse, vrede (Cullberg, 1981: 153-161, Lagerheim 2002:132-136).

Et kriseforløb fortsætter derefter med bearbejdningsfasen, som kan vare op til et år. Et af de ord der beskriver denne fase er ordet accept (ibid: 162). For forældrene betyder det en accept af, at ens barn er anderledes. Erfaring viser, at denne fase kan vare meget længere hos disse familier, hos nogle bliver det måske aldrig til accept, men mere ”at lære og leve med det”(Lagerheim, 2002:137).

Sidste fase er nyorienteringsfasen, hvor blikket er vendt fremad og man er i stand til at leve sit liv på nye præmisser.

Måden forældre, der får et barn med et handicap, oplever krisen på har nogle bestemte karakteristika. Der er tale om en livslang sorg, fordi forældrene sørger over tabet af det normale barn de ikke fik. Det kan have den konsekvens, at forældrene har tendens til at isolere deres barn, så det ikke i så høj grad konfronteres med jævnaldrende. Forældrene kan komme til at undervurdere deres barn, fordi de ønsker at beskytte det (Lagerheim, 2002: 145 -147). Det kan modsat betyde, at forældrene stiller urealistiske høje mål for deres barn (ønsket om at træne det til at blive normalt), barnet kan risikere at komme i ”livslang træningslejr” og aldrig få succes fordi normalitet er succeskriteriet (Johnsen, 2004:21). Som fysioterapeut skal jeg være opmærksom på at hjælpe forældrene med at stille realistiske mål på deres barns vegne, så barnet får optimale udviklingsbetingelser på barnets præmisser.

De følelser af f.eks. nederlag, skyld, usikkerhed med flere, som forældrene kan opleve i reaktionsfasen (Lagerheim, 2002: 132-136) vil også af og til blive fremkaldt, hvis de oplever at stå i ukendte situationer i forhold til deres barn, som de ikke umiddelbart magter. Jeg oplever forældre

stille spørgsmål om, hvordan de skal agere, for at gøre det bedst mulige for deres barn. Selv "banale" ting, som hvordan man skifter, mader og håndterer sit barn kan give anledning til usikkerhed. Barnet kan også have reaktionsmønstre, som ikke ligner dem normale børn har. Det kan være passivt, meget grædende, have dårlig øjenkontakt. Alt sammen ting der kan gøre forældrene usikre (ibid: 97-98). I samarbejdet med forældrene skal jeg være opmærksom på, om de virker usikre og have kendskab til hvordan usikkerheden kan afhjælpes, f.eks. ved at give information, råd og vejledning.

Forældrene vil ofte opleve krise efter krise i forbindelse med deres barn. De bliver så at sige fastholdt i et vedvarende kriseforløb, som de ikke kan se en umiddelbar ende på (ibid: 127).

Cullbergs kriseteori suppleret med viden fra Lagerheims arbejde kan bruges til at forklare nogle af de reaktionsmønstre jeg oplever i familien. Det kan også være med til at fremme min forståelse for forældrenes situation, så jeg kan tage højde for det i mit samarbejde med dem. For at få en forståelse af, hvordan disse forældre i høj grad klarer at være i et uafsluttet kriseforløb og endda syntes at have gode ressourcer som de bl.a. kan bruge i samarbejdet (Lagerheim, 2002: 97 -103), vil jeg rette min opmærksomhed mod Antonovskys teori.

3.2 Oplevelsen af sammenhæng og betydningen for samarbejdet med forældrene

Til at belyse den situation forældre til et barn med handicap står i fra en anden vinkel, vil jeg bruge teorien om "Oplevelsen af sammenhæng" herefter OAS, som er beskrevet af Aaron Antonovsky, medicinsk sociolog. Hans teori går i korthed ud på ikke i så høj grad at interessere sig for hvorfor mennesker bliver syge (den patogenetiske synsvinkel), men derimod at undersøge på, hvad der holder folk sunde (den salutogenetiske synsvinkel). Han mener ikke at vi enten er syge eller sunde, men at vi gennem vort liv befinder os på et kontinuum mellem de to poler, hvor oplevelsen af sammenhæng er afgørende for, hvilken pol vi er tættest på (Antonovsky, 2000: 21-22). Det hører med til at leve livet, at vi oplever forhindringer af forskellig karakter "stressfaktorer"¹(ibid: 26). Måden vi klarer forhindringer på fortæller noget om os som mennesker. For forældreparret der får et barn med et handicap, må der siges at være tale om en betydelig stressfaktor i deres liv. De forældre der beskriver deres historie i bogen "Mit handicappede barn" (Pontoppidam, 2001), mestrer udfordringerne i deres tilværelse i meget høj grad. For udeforstående kan det være svært at

¹ Stressfaktorer defineres som krav der ikke er nogen umiddelbar eller automatisk respons på (Antonovsky 1987:46)

forstå hvordan de egentlig holder sammen på det hele uden at bryde sammen. Kan teorien om OAS tilbyde os en forklaring på det?

At have en oplevelse af sammenhæng indeholder tre komponenter: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. For at noget opleves som begribeligt, skal der være en vis grad af forudsigelighed i det oplevede, eller at det i det mindste senere lader sig ordne eller forklare (Antonovsky, 2000: 34-37, Jensen, 2002: 88-89). Min oplevelse er, at forældre der får et barn med et handicap ikke altid oplever det som begribeligt, men de søger viden og information hos mig og mange andre steder. Det er efterhånden med til at gøre det de oplever og det de har i vente mere forudsigeligt og dermed begribeligt. I samarbejdet er det derfor vigtigt at fysioterapeuten forstår at lytte og er en kilde til information.

Håndterbarhed handler om, at man oplever der står ressourcer til ens rådighed til at møde de krav, man stilles overfor. Det kan både være indre ressourcer og ydre, altså fra omgivelserne. Hvis den rette belastningsbalance er til stede i forhold til de krav man mødes af, styrkes oplevelsen af håndterbarhed (ibid). For de forældre jeg har med at gøre, er det derfor vigtigt at være opmærksom på at give den ønskede hjælp i rette dosis på det rigtige tidspunkt. For at kunne det, skal jeg (den professionelle) være i stand til både at lytte og at stille de rigtige spørgsmål. (Jensen, 2000: 16,26) Jeg skal også være klar til at tage min del af ansvaret med de faglige kompetencer jeg har. Det vil ofte være i form af at træne med barnet og give råd og vejledning, der kan fungere som en slags ”hjælp til selvhjælp” til forældrene.

Den sidste komponent i OAS er meningsfuldhed. Meningsfuldhed handler om, at de problemer man stilles overfor, opleves som værd at investere tid og energi i og er værd at engagere sig i følelsesmæssigt (Antonovsky 2000: 36, Jensen 2002: 88). I forhold til de forældre jeg arbejder med, må der siges at være en høj grad af ”indbygget” meningsfuldhed, fordi det handler om deres eget barn. En måde at øge graden af meningsfuldhed er ved, at forældrene oplever barnet har succes med at nå de mål der opstilles. Her kan fysioterapeuten byde ind med vigtig information om barnets handicap, prognose og udviklingsmuligheder. Samt hjælpe med at opstille fælles realistiske og tidsfastsatte mål.

3.3 Oplevelsen af sammenhæng og mestring

Mennesker, som har en høj grad af OAS er gode til at håndtere stressorer og finde løsninger på dem. De mestrer bedre at komme igennem de situationer, som de mere eller mindre frivilligt kommer ud for (Jensen, 2000:91). Det betyder, at forældre til børn med handicaps, som har en høj grad af OAS

er bedre til at håndtere hverdagen med barnet i al almindelighed med de problemer og udfordringer den bringer, det være sig bl.a. samarbejdet med fagprofessionelle. For fysioterapeuten er det særlig vigtigt at samarbejde på en sådan måde, at forældrenes oplevelse af sammenhæng styrkes.

3.4 Vurdering af teoriernes anvendelighed

Begge teorier kan med fordel anvendes til at belyse, hvad jeg som fysioterapeut skal være opmærksom på i forhold til at samarbejde med forældrene. Kriseteorien kan være med til at forklare nogle af de reaktioner jeg møder hos forældrene og give mig forståelse for deres situation. Teorien om oplevelse af sammenhæng er med til at forklare, hvorfor nogle af disse familier har store ressourcer og hvad jeg skal være opmærksom på i samarbejdet, for yderligere at fremme deres evne til at mestre livet med deres barn.

4.0 Konklusion

Begge teorier kan anvendes til at give bud på, hvad der kan være vigtigt, for at få samarbejdet med forældrene, der har et barn med funktionsevnenedsættelse, til at fungere optimalt. Det er vigtigt som fysioterapeut at være i stand til at lytte, stille de rigtige spørgsmål og være en kilde til information om barnets handicap, prognose og udviklingsmuligheder. På den måde mindskes forældrenes usikkerhed og graden af begribelighed øges. Endvidere er det vigtigt at give den rette hjælp på det rette tidspunkt i den rette dosis og at fysioterapeuten tager sin del af ansvaret i forhold til f.eks. træning og råd og vejledning. Dette kan være med til at øge graden af håndterbarhed hos forældrene. Det er desuden vigtigt, at hjælpe forældrene til at opstille realistiske, målbare og tidsbestemte mål. På den måde oplever forældrene at indsatsen nytter, barnet oplever succes og graden af meningsfuldhed øges. Det kan også være med til at mindske den vedvarende sorg, at forældrene oplever deres barn har succes. Alt i alt har vi som fysioterapeuter mulighed for at påvirke samarbejdet med forældrene i positiv retning og fremme forældrenes evne til at mestre livet med et barn med en funktionsevnenedsættelse.

5.0 Perspektivering

Hvis vi som fysioterapeuter skal gøre denne viden operationel i vores hverdag, er der nogle forhold vi skal være opmærksomme på. For det første skal vi spørge os selv om, hvordan vi samarbejder med forældrene og vi skal spørge forældrene om, hvordan de oplever samarbejdet med os. Det må være deres udsagn, der giver et fingerpeg om vi er på rette spor. Brugerundersøgelser kan være et værdifuldt redskab til få disse informationer fra forældrene.

Vi skal også være os bevidste om hvilke test- og måleredskaber vi bruger og hvilke rammer der er, for det samarbejde vi skal have med forældrene. I forhold til test- og måleredskaber kan det være interessant at undersøge, om der findes metoder og redskaber i den fysioterapeutiske verden, som er mere anvendelige end andre, til at fremme samarbejdet med forældre. Redskaber som fremmer, at den relevante information indhentes. Redskaber som tager udgangspunkt i barnets niveau og hvor barnet bruges som sin egen målestok. Jeg syntes det er vigtigt at stille spørgsmålstejn ved anvendeligheden af normative test til denne gruppe børn. Er det ikke blot med til at vedligeholde forældrenes sorg, når barnet måles i forhold til normaludviklede?

I forhold til rammerne for samarbejdet med forældrene, kan vi med fordel skæve til USA. Som nævnt i problembaggrunden beskæftiger pædiater Peter Rosenbaum sig med en arbejdsform, der kaldes ”familiecentreret praksis”. Når der arbejdes efter principperne i familiecentreret praksis ser det ud til, at forældrene oplever mindre stress, de er mere tilfredse med indsatsen og har mere ejerskab over de metoder der anvendes i forhold til barnet.

Hvis man gerne vil arbejde på den måde, er det desuden vigtigt, at den organisation man befinder sig i skaber rammerne for en arbejdsform, hvor tværfaglig og velkoordineret indsats, med forældrene som vigtigste samarbejdspartner, vægtes højt.

Litteraturliste.

Antonovsky, Aaron. (2000) **Helbredets mysterium**. Hans Reitzels Forlag a/s. (kap. 1 og 2 s. 19 – 46).

Bekendtgørelse af lov om folkeskolen. Kapitel 1: Folkeskolens formål §1.
<http://www.abortnet.dk/Default.aspx?ID=269> Set d. 29.11.2006.

Cullberg, Johan. (1981) **Krise og udvikling**. Hans Reitzels Forlag a/s (Indledning s. 12- 19, Tredje del s. 119 – 186).

Elverdam, Beth. (2003) **De sunde familier og det komplekse folkelige sundhedsbegreb. I:**
Elverdam, B og Anne Scott Sørensen. Den sunde familie – den sunde krop. København (s. 31-48)

Hornby, Garry. (2002) **Livet med et handicappet barn. Vejledning for fagfolk og forældre**. Psykologisk Forlag. (kap. 2 s. 25 – 38 (55)).

Jensen, Torben K. og Johnsen, Tommy J. (2002) **Sundhedsfremme i teori og praksis**. Århus Universitet, Forlaget Philosophia. (kap. 2 s.15 – 32, kap. 3 s.71 – 105).

Johnsen, Heidi (2004): **Lytt til barn og voksne med livsvarige funksjonshemninger**. Fysioterapeuten (No). Nr. 8/2004.

Ketelaar, Marjolojn, Adri Vermeer, Harm't Hart, Els van Petegrem-van Beek og Paul J.M. Helders. (2001) **Effects of a Functional Therapy Program on Motor Abilities of Children With Cerebral Palsy**. Physical Therapy. Vol 81, nr. 9, september 2001 (s. 1534 – 1545)
<http://www.ptjournal.org> Set d. 29.11.2006, søgt under "Ketelaar" og "2001"

Lagerheim, Berit (2002) **At leve og udvikles med et handicap**. Hans Reitzels Forlag a/s. (s. 95 – 127, s. 145 – 147)

Nord, Leif. (2001) Masseproduktion af individuelle tilbud. Interview med psykolog Leif Nord. I: Udvikling og bevægelse. Videnscenter for bevægelseshandicap, nr. 6. 2001.
http://www.vfb.dk/vfb_newsletter.asp?id=272 Set d. 29.22.2006.

Pontoppidan, Anette. (2001) **Mit handicappede barn**. Kroghs Forlag.

Patientens møde med sundhedsvæsnet. **De mellem menneskelige relationer for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet**. (2003). Anbefalinger udarbejdet i samarbejdet med en række centrale aktører i det danske sundhedsvæsen. Århus Amt Kvalitetsafdelingen, Højbjerg,

Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet. (2004). Århus. MarselisborgCentret.

Rosenbaum, P. (2004) **Families and service providers: Forging effective connections, and why it matters**. I: Scrutton, Damiano og Mayston. Management of Motor Disorders af children with cerebral palsy. London. Cambridge University Press. s. 22-31.

Torp-Pedersen, Vibeke Elisabeth. (2005) **Habilitering af børn i et familie-centreret perspektiv.** Masteropgave i rehabilitering. Lunds Universitet/Syddansk Universitet.